Klaudija FERČAK

# Telo in vključevanje telesne dimenzije v relacijski družinski terapiji

# Body and inclusion of bodily dimension in relational family therapy


## Povzetek

Psihoterapija se v zadnjem času vse bolj usmerja na telo. Raziskave s področja nevroznanosti so prinesle vrsto novih spoznanj o možganih, telesu in razumu. Spoznanja so pomembna tako za teoretična izhodišča kot za prakso psihoterapije in omogočajo dialog psihoterapije z nevroznanostjo. Čedalje več modelov psihoterapije v svoja teoretična izhodišča in prakso vključuje spoznanja, ki temeljijo na razvojno relacijskih konceptih, nevroznanstvenih spoznanjih, kliničnih opazovanjih psihosomatskih izrazov telesnega in čustvenega doživljanja v terapevtskem odnosu. Med njimi je tudi inovativna relacijska družinska terapija.

V raziskavi nas je zanimalo, kakšna stališča imajo terapevti in supervizorji relacijske družinske terapije do telesnih procesov, vključevanja telesne dimenzije v terapevtski in supervizijski proces, kakšno je njihovo zavedanje telesnih senzacij in katere telesne senzacije prepoznavajo kot telesni kontratransfer. Ugotovitve kažejo, da imajo terapevti in supervizorji pozitivna stališča do vključevanja telesa in telesnih senzacij, prepoznavajo svoje in klientove senzacije ter zaznavajo telesni kontratransfer.



## Ključne besede

notranjetelesne senzacije, telesni kontratransfer, relacijska družinska terapija, supervizija



## Abstract

Currently, in the world of psychotherapy, there is a shift in focus towards the body. Neuroscience has brought many new discoveries about the brain, body and mind. These are all relevant to the theory and practice of psychotherapy and hence initiate a dialogue between psychotherapy and neurobiology. Many models of psychotherapy incorporate a growing body of knowledge into more complex clinical models that are grounded in developmentally relational concepts, in neuroscience data and in clinical observations of the psychosomatic expressions of bodily experiences in therapeutic alliance. Among them is the innovative relational family therapy.

The key point of our study was to establish the attitude of therapists and supervisors of relational family therapy towards the incorporation of the body and bodily processes into the therapeutic process and the process of supervision. Another goal was to assess their ability to be conscious of bodily sensations and countertransference. Research study showed that therapists and supervisors have positive attitudes towards incorporating the body and bodily sensation into the therapeutic process and into supervision. It was also established that therapists perceive their own bodily sensations (they have body awareness) and the sensations of the client, and they perceive body countertransference in the psychotherapy process.



## Key words

inner body sensation, body countertransference, relational family therapy, supervision


KLAUDIJA FERČAK, ZIHERLOVA 39, LJUBLJANA, DRUŽINSKI CENTER STIK
EMAIL: KLAUDIJA.FERCAK@GMAIL.COM, 051 650 781

## 1 Telo v psihoterapiji

Leta 1994 je Jack Rosenberg, ustanovitelj integrativne telesne psihoterapije (angl. Integrative Body Psychotherapy), dejal, da bo čez 20 let neetično izvajati psihoterapijo brez vključevanja telesne dimenzije (Caldwell, 1997).

V zadnjih letih psihoterapija vstopa v novo obdobje, saj se vse bolj preusmerja na telo ter znova odkriva vlogo in pomen telesa. Totton (2003) in Stounton (2002) to pripisujeta razvoju znanosti in družbenim razmeram. V sodobnem času in v danih družbenih razmerah, ko se vrednote hitreje spreminjajo, norme pa počasneje oblikujejo, se psihoterapevti čedalje manj lahko zanašajo na »zunanje« oblike in norme, zamisli in teorije, kulturni in socialni etos, navade in tradicije. Kar jim ostaja, je njihovo lastno telo, s katerim vstopajo v terapevtski prostor, in z njim povezana telesna identiteta, ki ob vseh spremembah ostajata trdno izhodišče njihovega delovanja (Staunton, 2002). Najbolj opazen del k večjemu poudarjanju telesa v psihoterapiji je v sodobnem času zagotovo prispeval razvoj znanosti. Spoznanja nevroznanosti vse bolj postajajo del našega vsakdanjega življenja, prav tako pa tudi strokovnih področij, vključno s psihoterapijo.

Nevroznanost danes podaja pomembna spoznanja o povezanosti in prepletenosti telesa (angl. body), možganov (angl. brain) in razuma (angl. mind) ter vlogi psihoterapevtskega odnosa in njegove moči poseganja globoko v posameznikovo življenje, ki ne spreminja samo njegovega čustvenega sveta, ampak tudi telo in možgane (Badenoch, 2008, 2011; Cozolino, 2002, 2006, 2010; Ogden, Kekuni in Pain, 2006; Siegel, 1999, 2007, 2010; Schore, 1994, 2003a, 2003b, 2011).

Raziskave nevronske plastičnosti (angl. neuroplasticty) tako na primer prispevajo pomemben vpogled k razumevanju sprememb, ki se zgodijo v terapevtskem procesu, saj dosedanja spoznanja kažejo, da naši možgani rastejo in se spreminjajo celo življenje in da imajo pri tem pomembno vlogo interakcije z okoljem. Zaradi svoje narave in strukturiranosti je psihoterapevtsko okolje varno okolje za spremembe in psihoterapija močno interventno orodje, ki direktno deluje na možgane in jih spreminja (Siegel, 1999, 2007, 2010; Cozolino, 2002, 2006, 2010; Schore, 2011). Nadalje razvojne raziskave ugotavljajo pomen navezanosti za otrokov razvoj in pomembnost interakcije primarni skrbnik – otrok za vzpostavljanje sposobnosti samouravnavanja, občutka zase in vzpostavljanja vzorcev navezanosti, ki spremljajo posameznika vse življenje. Čeprav imajo zgodnje interpersonalne izkušnje pomembno vlogo v življenju posameznika in ga lahko zelo zaznamujejo, raziskave navezanosti, spomina in z njim povezanega procesa učenja ter psihoterapevtskega procesa ugotavljajo, da ni nikoli prepozno, da posameznik ovrednoti zgodnje izkušnje iz otroštva in postane oseba, kakršna si želi biti (Siegel, 2010, 2011). Psihoterapija je zato tudi prostor, kjer se lahko popravljajo izkušnje primarnih odnosov in preoblikujejo notranji modeli delovanja. Odkritje zrcalnih nevronov in njihove vloge pri interakciji z drugimi prinašajo nove poglede na procese, ki potekajo znotraj terapevtskega prostora med terapevtom in klientom: sposobnost empatičnega in telesnega uglaševanja (angl. attunement), čustvenega razumevanja, zrcaljenja in celoten proces intersubjektivnosti niso več domena samo psihoterapevtskega prostora/dogajanja, ampak so postale predmet nevrobioloških raziskovanja.

Poleg nevrobioloških spoznanj se je v svetu psihoterapije zgodila tudi »revolucija kontratransferja«. Če je v preteklosti transfer onemogočal odnos pacienta in analitika ter je analitik v psihoanalizi bil zgolj stena, na kateri se zrcalijo in od katere se odbijajo pacientove pretekle izkušnje, zgodnje otroške čustvene naravnanosti in želje, ki jih je prenesel na analitika, so avtorji in klinična praksa psihoterapevtskih modelov, ki temeljijo na relacijskih izhodiščih, ta pogled

spremenili; transfer so postavili v odnos in omogočili terapevtovo doživljanje – kontratransfer (Kompan Erzar, 1999). V sodobni terapevtski praksi je sprejeto, da so terapevtova občutja, ki se vzpostavijo kot odgovor na klienta, ključnega pomena pri njegovem delu. Sprememba pogleda na transfer je terapevtom omogočila, da so »pristnejši«, in jih spodbuja, da so to, kar so, in da vnašajo v terapevtski proces vse vidike sebe, tudi telesnega – vse v korist klienta (Samuels, 1993 v Staunton, 2002).

Večina psihoterapij danes priznava, da močan in ustvarjalen odnos med klientom in terapevtom omogoča plodovit prostor za terapevtsko delovanje in pojav sprememb znotraj terapevtskega procesa. Zato vse bolj prihaja v ospredje vprašanje terapevtovega samozavedanja, zavedanja svojega telesa in to, kako terapevtova sposobnost zavedanja pomaga poglabljati samozavedanje klientovega telesa. Terapevt je prisoten v prostoru z lastno telesno realnostjo, kjer je prisotno tudi telo klienta. Posluša, opazuje, odziva se s telesom. Terapevt ima torej bogat vir podatkov, do katerih lahko dostopa in jih uporablja v terapevtskem procesu (Staunton, 2002). To je njegovo telo in njegova sposobnost telesnega samozavedanja.

Mnogo modelov psihoterapije na podlagi vseh spoznanj v svoja teoretična izhodišča in prakso vključuje spoznanja, ki temeljijo na razvojno relacijskih konceptih, nevroznanstvenih spoznanjih, kliničnih opazovanjih psihosomatskih izrazov telesnega in čustvenega doživljanja v terapevtskem odnosu. Med njimi je tudi inovativni relacijski družinski model, ki človeka pojmuje v kontekstu njegove psihoorganske strukture, njenega razvoja in vzdrževanja v relacijski matriki (Gostečnik, 2011, 2012).

V svojo teorijo relacijska družinska terapija umešča in integrira tri relacijske modele z njihovimi spoznanji, in sicer interpersonalno psihoanalizo, objekt relacijsko teorijo in psihologijo jaza, ki integrirani v sistemski konfiguraciji dobijo svoje mesto (Gostečnik, 2012). Poleg omenjenih teorij se v zadnjem času teoretična izhodišča modela nadgrajujejo z najnovejšimi spoznanji nevropsihologije, afektivne nevroznanosti, interpersonalne nevrobiologije in raziskovanja travme. Inovativni integrirani psihobiološki model terapevtskega pristopa, ki združuje intrapsihično dinamiko z interpersonalnimi mehanizmi in sistemskim vidikom, ki se delijo naprej na kognitivno-mentalni in somatski del, skuša uravnavati temeljni afekt, ki preveva in prežema vse odnose v njihovi nefunkcionalnosti in patoloških psihičnih vsebinah (Gostečnik, 2011, 2012). Te odnose prebudi in jih naredi poznane, nato pa z novim odnosom, ki je vzpostavljen med posameznikom in terapevtom, skuša spremeniti medosebne odnose, osnovni sistem uravnavanja afekta, ki vodi, usmerja in ohranja te odnose ter naredi regulacijo afekta bolj funkcionalno (Gostečnik, 2004, 2011).

## 2 Raziskava

V raziskavi nas je zanimalo, kakšna stališča imajo terapevti in supervizanti relacijske družinske terapije do telesnih procesov, vključevanja telesne dimenzije v terapevtski in supervizijski proces, kakšno je njihovo zavedanje telesnih senzacij in katere telesne senzacije prepoznavajo kot telesni kontratransfer.

### 2.1 Opis vzorca

K sodelovanju smo po osebnem pogovoru in elektronski pošti povabili terapevte relacijske družinske terapije, ki redno tedensko opravljajo terapije, in supervizante, ki redno opravljajo

supervizijo.

V raziskavi so sodelovali relacijski družinski terapevti iz vse Slovenije. Vseh udeležencev je bilo 32. Od tega je bilo 22 (68,8 %) žensk in 10 (31,2 %) moških. Povprečna starost udeležencev je 37,34 leta (SD = 7,02). Glede življenjskega stanu je 16 (50 %) udeležencev poročenih, 8 (25 %) v partnerski zvezi, 4 (12,5 %) samskih, 1 (3,1 %) udeleženec je ločen, 3 (9,4 %) živijo v redovni skupnosti.

Vsi udeleženci so se izobraževali na podiplomskem študiju zakonske in družinske terapije na Teološki fakulteti v Ljubljani: 10 (31,2 %) jih ima dokončan ali dokončuje doktorski študij, 8 (25 %) jih ima magistrski študij in 14 (43,8 %) udeležencev ima dokončano specializacijo zakonske in družinske terapije. Poleg izobrazbe iz zakonske in družinske terapije jih ima 8 (25 %) dodatno izobraževanje iz drugih terapevtskih smeri: transakcijske, geštalt terapije, imago terapije …

Glede delovnih izkušenj smo udeležence prosili, da navedejo število ur terapevtskih obravnav, ki so jih opravili s klienti v terapevtski praksi.

Rezultati so pokazali, da so terapevti v času raziskave imeli opravljenih naslednje število ur: do 550 ur 13 (40, 4 %) terapevtov, do 1.000 ur 10 (31,2 %), do 1.500 ur 5 (15,6 %) terapevtov, do 2.000 ur 2 (6,3 %) in nad 2.000 ur 2 (6,3 %) terapevta. Udeleženci opravljajo različno število ur terapevtskega dela na teden, in sicer jih je 15 (46,9 %) opravljalo do 5 ur terapij na teden, 7 (21,9 %) od 6 do 10 ur na teden, 9 (28,1 %) od 11 do 15 ur na teden, 1 (3,1 %) terapevt pa je opravljal več kot 16 terapevtskih ur na teden. Individualno supervizijo ima 9 (28,1 %) terapevtov 1 uro na mesec, 10 (31,2 %) 2 uri na mesec, 2 (6,3 %) imata 3 ure na mesec, 9 (28,1 %) jih ima 4 ure na mesec, 2 (6,3 %) terapevta pa v času raziskave nista imela individualne supervizije, ampak samo skupinsko. Terapevti imajo tudi skupinsko supervizijo. 11 (34,4 %) terapevtov relacijske družinske terapije opravlja poleg terapij supervizijo. Glede na celoten vzorec 6 (18,8 %) žensk in 5 (15,6 %) moških. Supervizanti so imeli od 50 do 600 opravljenih ur supervizije v svoji supervizorski praksi.

### 2.2 Pripomočki oz. instrumenti

Za raziskavo smo sestavili Vprašalnik o vključevanju telesa in telesne dimenzije v terapevtski in supervizijski proces relacijske družinske terapije. Pri sestavljanju vprašalnika za prvi del raziskovalnega procesa smo uporabili tri vprašalnike. Prevedli in priredili smo določena vprašanja iz naslednjih vprašalnikov:

- Vprašalnik Uporaba dotika v psihoterapiji (angl. Use of Touch in Psychotherapy (McRae, 2008)
- Lestvica telesnega kontratransferja (angl. Body-centred Countertransference Scale) (Egan in Carr, 2005 v Booth, 2009)
- Vprašalnik telesnega zaznavanja (angl. Body perception questionnaire) (Porges, 1993)

Uporaba dotika v psihoterapiji (McRae, 2008) je sestavljeni vprašalnik, ki smo ga uporabili kot model za vprašanja o stališčih do vključevanja telesa in telesnih občutij v terapevtski in supervizijski proces. Uporabili smo prvih pet vprašanj o telesu in telesni dimenziji v psihoterapevtskem procesu ter jih prilagodili za terapevte. Dodali smo vprašanja za supervizorje relacijske družinske terapije. Udeleženci so se opredelili do navedenih stališč, poleg tega pa smo jih prosili, da svojo odločitev, če želijo, pojasnijo obširneje.

V drugem delu sestavljenega vprašalnika smo uporabili Lestvico telesnega kontratransferja (Egan in Carr, 2005 v Booth, 2009) in Vprašalnik telesnega zaznavanja (Porges, 1993). Lestvica telesnega kontratransferja ocenjuje relativno raven različnih oblik kontratransferja, ki jih terapevt zaznava telesno. Vprašalnik ima po Eganu in Carru (2008 v Booth, 2009) dobro notranjo zanesljivost s kronbachovim alfa koeficientom 0,74 za lestvico s 16 postavkami. Omenjenim postavkam smo dodali še 11 drugih postavk; vzeli smo jih iz Vprašalnika telesnega zaznavanja (Porges, 1993), ki meri zavedanje telesnih senzacij, in odprtega polja, v katerega so udeleženci lahko navedli druge senzacije, ki niso bile vključene v seznam. V naši raziskavi je analiza zanesljivosti (ta je nujen, a ne zadosten pogoj za veljavnost) pokazala vrednost kronbachovega alfa koeficienta 0,88.

Udeleženci so v vprašalniku na Likertovi lestvici z ocenami od 0 do 3 ocenjevali pogostost posameznih telesnih senzacij, ki so jih doživljali v telesu v zadnjih 6 mesecih. Če se senzacije v zadnjih 6 mesecih niso pojavile, so udeleženci obkrožili 0 (nikoli), če so se pojavile občasno, so obkrožili 1 ali 2, če so bile prisotne pogosto, so obkrožili številko 3. Udeležence smo v nadaljevanju prosili, da navedejo telesne senzacije, ki so jih v zadnjih 6 mesecih najpogosteje doživeli kot telesni kontratransfer.

### 2.3 Postopek zbiranja in obdelave podatkov

Vprašalnik so relacijski družinski terapevti izpolnjevali na spletni strani s pomočjo računalniškega programa Limesurvey. Zbiranje podatkov je bilo popolnoma anonimno, identiteta ni bila sledljiva. Udeleženci so imeli možnost kadar koli v času izpolnjevanja svobodno odstopiti od raziskave. S potrditvijo na koncu vprašalnika so se njihovi odgovori shranili v elektronsko bazo programa Limesurvey. Vsi podatki so bili analizirani s programom SPSS, odgovorov na odprta vprašanja, v katerih udeleženci pojasnjujejo svoja stališča, nismo kodirali, ampak smo izbrali tista, ki nazorno opisujejo in dodatno pojasnijo posameznikovo stališče.

### 2.4 Analiza rezultatov

#### 2.4.1 Stališča terapevtov do telesa in vključevanje telesnih senzacij v terapevtski proces

Terapevti relacijske družinske terapije, ki so odgovarjali na vprašalnik, menijo, da je telo pomembno v terapevtskem procesu.

Analiza rezultatov je pokazala, da so telo in telesni procesi veliki večini terapevtov (N = 31; 96,9 %) pomembni tako kot čustveni in umski procesi. Veliko terapevtom (N = 30; 90,7 %) so lastne telesne senzacije pomemben vir informacij, prav tako pa so jim pomemben vir informacij telesne senzacije klientov. Noben od terapevtov ni pokazal negativnega stališča do vloge telesa v terapevtskem procesu, le posamezni terapevti so bili neopredeljeni.

Terapevti se najmočneje strinjajo, da so klientove senzacije za njih pomemben vir podatkov. Na lestvici od 1 do 5 so najvišje ocenili omenjeno stališče, kjer je povprečna ocena 4,50 (tabela 1). Najnižji rezultat smo dobili pri trditvi, da so telo in telesni procesi enako pomembni kot emocionalni in mentalni, kjer je povprečna ocena 4,13.

Tabela 1: Stališča terapevtov.

| | *N* | *Min.* | *Max.* | *M* | *SD* |
|---|---|---|---|---|---|
| *Telo in telesni procesi so enako pomembni kot emocionalni in mentalni.* | *32* | *3* | *5* | *4,13* | *0,87* |
| *Moje telesne senzacije so zame pomemben vir informacij.* | *32* | *3* | *5* | *4,47* | *0,67* |
| *Klientove telesne senzacije so zame pomemben vir informacij.* | *32* | *3* | *5* | *4,50* | *0,67* |

V nadaljevanju nas je zanimalo, kako pogosto terapevti relacijske družinske terapije vključujejo telo in telesno zavedanje v terapevtski proces in kako pogosto spremljajo in naslavljajo telesna stanja. Odgovore so predstavljale ocene od 1 (nikoli) do 5 (vedno).

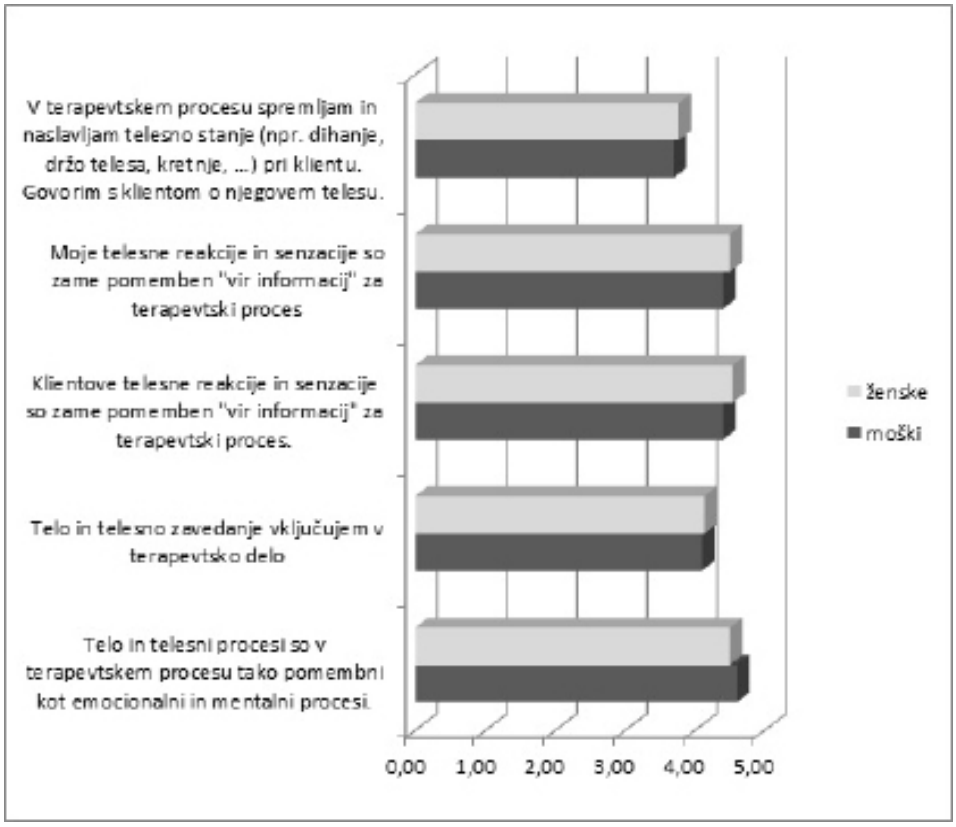
Vsi terapevti so odgovorili, da vključujejo telo in telesno zavedanje v terapevtski proces in da v terapevtskem procesu spremljajo in naslavljajo telesna stanja. Največ terapevtov pogosto (N = 25; 43,8 %) ali vedno (N = 12; 37,5 %) vključuje telo in telesno zavedanje v terapevtski proces. Dva (6,3 %) sta odgovorila, da redko vključujeta telesno dimenzijo pri svojem delu. Več kot polovica terapevtov (N = 21; 53,1 %) relacijske družinske terapije pogosto spremlja in naslavlja telesna stanja v terapevtskem procesu, trije (12,5 %) izmed udeležencev raziskave pa to vedno počnejo. Le en (3,1 %) terapevt redko spremlja in naslavlja telesna stanja.

Tabela 2 kaže, da relacijski družinski terapevti pogosteje vključujejo telo in telesno zavedanje v terapevtski proces (M = 4,13), manj pa v terapevtskem procesu spremljajo in naslavljajo telesna stanja (M = 3,75).

Tabela 2: Vključevanje telesa v terapevtski proces.

| | *N* | *M.* | *SD* | *Simetr.* | *Splošč.* |
|---|---|---|---|---|---|
| *Telo in telesno zavedanje vključujem v terapevtski proces.* | *32* | *4,13* | *0,87* | *-0,88* | *0,38* |
| *V terapevtskem procesu spremljam in naslavljam telesna stanja.* | *32* | *3,57* | *0,71* | *-0,14* | *-0,03* |

Slika 1 prikazuje primerjavo stališč do telesa in njegovega vključevanja v terapevtski proces glede na spol. Razlike so zelo majhne, vidimo pa lahko, da terapevtke nekoliko pogosteje vključujejo telo in telesno zavedanje v terapevtski proces ter pogosteje spremljajo in naslavljajo telesno stanje pri klientu kot terapevti. S pomočjo t-testa smo preverili, ali so omenjene razlike statistično pomembne. T-test je pokazal, da razlike med terapevtkami in terapevti, ki so odgovarjali na naš vprašalnik, niso statistično pomembne.




Slika 1: Primerjava stališč terapevtov glede na spol.

Terapevte smo v vprašalniku prosili, da svoje odgovore o stališčih pojasnijo obširneje v nekaj stavkih, s svojimi besedami. V nadaljevanju navajamo nekaj najzanimivejših.

Odgovori terapevtov, ki pogosto oz. vedno vključujejo telesno dimenzijo v terapevtski proces.

- Telo in telesno zavedanje vedno vključujem v terapevtski proces. Spremljanje telesnih senzacij mi pomaga, da bolje razumem telo klienta in pri odločanju glede uporabe terapevtskih intervencij: ali moram upočasniti, spodbuditi, ali se ustavljati pri čustvenem doživljanju, ko npr. klient govori samo na razumski ravni.

- Telo nam omogoča emocionalne in mentalne procese, je temelj vsakega doživljanja,

zato ga upoštevam pri svojem delu. Pomaga mi razumeti telo klienta. Na neki način je to odgovor na doživetje klienta.

• Prek telesnih odzivov pogosto dobim »snov« za nadaljnje terapevtsko delo in poglabljanje terapije.

• Včasih ni besed, ne začutim nič drugega kot telesno senzacijo, prek katere skušam najti pot naprej in ugotoviti, kaj se dogaja. Uporabim jo direktno ali pa posredno v prispodobi in tako prenesem v terapevtski proces.

• Moje telesne senzacije so mi v veliko pomoč pri terapevtskem delu. Prav tako tudi opazovanje telesa klienta. Neverbalna komunikacija nosi veliko sporočil. Je pa seveda bistvenega pomena, kako skrbim za svoje telo: ali sem spočita, ali utrujena … V slednjem primeru mi telo ne služi tako dobro.

• Vključevanje telesa mi izjemno pomaga: kot bi v tuji deželi nenadoma odkrila, da znam govoriti tamkajšnji jezik. Neprecenljivo.

• Spremljam telesne držo pri klientih, gibanje, premikanje nog, rok … Velikokrat zaznavam, da se moje in klientovo telo uskladita z njihovim. Vedno znova mi je zanimivo, ko zaznam takšno sinhrono gibanje.

Odgovori terapevtov, ki manj pogosto vključujejo telesno dimenzijo v terapevtskih srečanjih, in odgovori terapevtov, ki opisujejo težave, s katerimi se srečujejo pri vključevanju telesne dimenzije v terapevtski proces:

• Menim, da ne znamo vsi prepoznati svojih lastnih telesnih procesov ali pa se jih v nekaterih primerih tudi sramujemo. Vsaj jaz pri sebi velikokrat doživljam tako.

• Včasih se odzovem na telesne senzacije. Ne vem pa vedno, na kaj vse biti pozoren – kaj točno je telesno zavedanje?

• Mene je velikokrat sram nekaj nagovoriti (npr. spolnost). Sram me je lastnih občutkov ob terapiji, pa tudi zaspanosti, tega, da ti gre na bruhanje in podobno. Zaznavam jih, samo ne vem vedno, kako jih na varen način umestiti v terapevtski proces. Ne razločujem vedno, kdaj gre za transfer, kdaj so senzacije čisto moje. In tudi kako jih ubesediti. Zato sem bolj previdna.

• Težje mi je biti pozorna na telo, ko sem utrujena ali ko je dinamika na srečanju tako intenzivna, da moram vse moči usmeriti v to, da obvladujem položaj.

• Telesne senzacije zaznavam, mi je pa velikokrat težko pravilno umestiti telesne senzacije; spadajo v terapevtski proces, h klientu, k meni … Tukaj se ne znajdem najbolje.

• Telesne senzacije zaznavam, a ne vem, kako jih prenesti v terapevtski proces na učinkovit način, jih ubesediti …

### 2.4.2 Stališča terapevtov do telesa in vključevanje telesnih senzacij v supervizijski proces

V nadaljevanju smo udeležence raziskave spraševali, kakšno je njihovo stališče do telesa in telesnih procesov v supervizijskem procesu. Zanimalo nas je, kako relacijski družinski terapevti vrednotijo telo in telesne procese v superviziji: so morda pozorni na telo in telesno dogajanje v času supervizije ali na superviziji govorijo o telesnih procesih, ki so se pojavili pri njih ali pri klientu med terapijo in supervizijo.

Da so telo in telesni procesi v supervizijskem procesu tako pomembni kot emocionalni in mentalni, se strinja 28 (87,5 %) vprašanih, 4 (12,5 %) so bili neopredeljeni. To kaže tudi visoka povprečna ocena M = 4,23 njihovih odgovorov (tabela 11).

Na superviziji je 9 (28,1 %) terapevtov vedno pozornih na dogajanje v svojem telesu in spremlja telesne senzacije ter govori o njih, 8 (25 %) jih to počne pogosto, 7 (21,9 %) včasih, 5 (15,6 %) redko in 3 (9,4 %) nikoli. Na superviziji s supervizorjem govori o svojih in klientovih telesnih senzacijah, ki so prisotne v terapevtskem procesu, vedno 7 (21,9 %) terapevtov, pogosto 10 (31,3 %), 9 (28,1 %) jih to počne včasih, redko 5 (15,6 %) in 1 (3,1 %) nikoli.

Iz tabele 3 je razvidno, da terapevti na superviziji nekoliko več govorijo o svojih in klientovih telesnih senzacijah, ki so prisotne v terapevtskem procesu (M = 3,53), manj pa so pozorni na dogajanje v svojem telesu v času supervizije in manj govorijo o svojih telesnih senzacijah, ki jih doživljajo v supervizijskem procesu (M = 3,47).

Tabela 3: Vključevanje telesa v supervizijskem procesu.

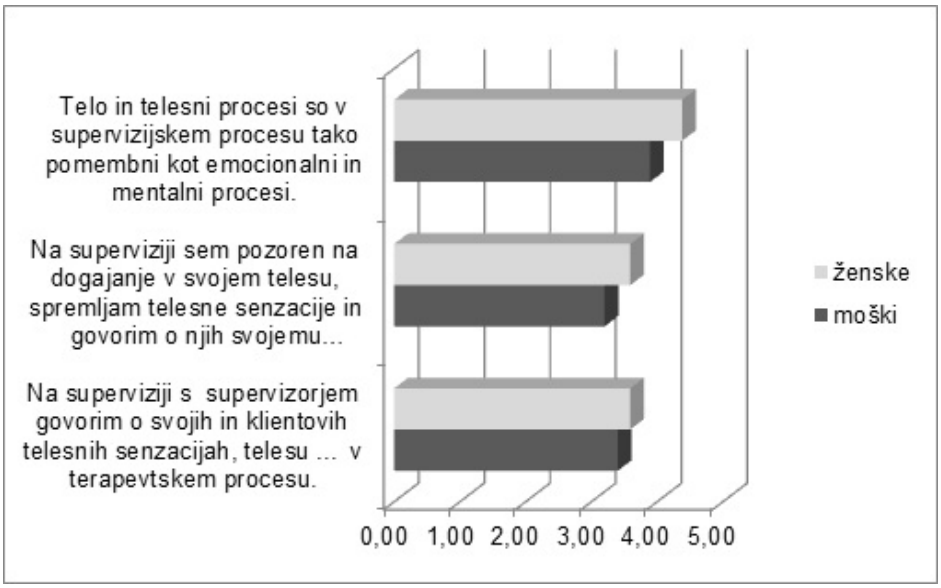
| | *N* | *M.* | *SD* | *Simetr.* | *Splošč.* |
|---|---|---|---|---|---|
| *Telo in telesni procesi so v supervizijskem procesu tako pomembni kot emocionalni in mentalni procesi.** | *32* | *4,23* | *0,67* | *–0,32* | *–0,72* |
| *Na superviziji sem pozoren na dogajanje v svojem telesu, spremljam telesne senzacije in govorim o njih s svojim supervizorjem.*** | *32* | *3,47* | *1,32* | *–0,42* | *–0,92* |
| *Na superviziji s supervizorjem govorim o svojih in klientovih telesnih senzacijah, telesu … v terapevtskem procesu. *** | *32* | *3,53* | *1,11* | *–0,31* | *–0,64* |

* ocene od 1 (se sploh ne strinjam) do 5 (se popolnoma strinjam)
** ocene od 1 (nikoli) do 5 (vedno)

Odgovore o vključevanju telesa v supervizijski proces smo primerjali glede na spol. Preverili smo normalnost porazdelitve rezultatov in ugotovili, da ni pomembnega odstopanja od normalne porazdelitve.

Na osnovi podatkov, pridobljenih z ocenjevalno lestvico, smo ugotovili, da se med terapevtkami in terapevti pojavljajo razlike pri vključevanju telesne dimenzije v supervizijski proces. Terapevtke usmerjajo več pozornosti na telo in v večji meri vključujejo telesne procese tudi v

supervizijski proces (slika 2). Rezultati t-testa pa so pokazali, da razlike niso statistično pomembne.




Slika 2: Primerjava stališč in vključevanja telesnih senzacij glede na spol.

Odgovori terapevtov o vključevanju telesne dimenzije v supervizijskem procesu:

• Na superviziji govorim o telesu, telesnih doživljanjih pri klientu in sebi. Včasih imamo sicer premalo časa oz. se manj časa ustavljamo pri tej dimenziji.

• Telo poskušam vključevati, a se zavedam, da je ta dimenzija velikokrat premalo oz. velikokrat preveč površno obravnavana. Odvisno tudi od supervizorja, če je pozoren in sam usmeri proces v to smer.

• O klientovem in svojem telesnem govorim v samem terapevtskem procesu, pa tudi na superviziji, ko se določene senzacije pojavljajo vztrajno. Ko na primer v terapevtskem procesu zaznam, da se telo odziva. Pri sebi podobno, ko se mi telesne senzacije ponavljajo, ko na primer pri dveh urah močno zeham, pa vem, da to ni moja utrujenost.

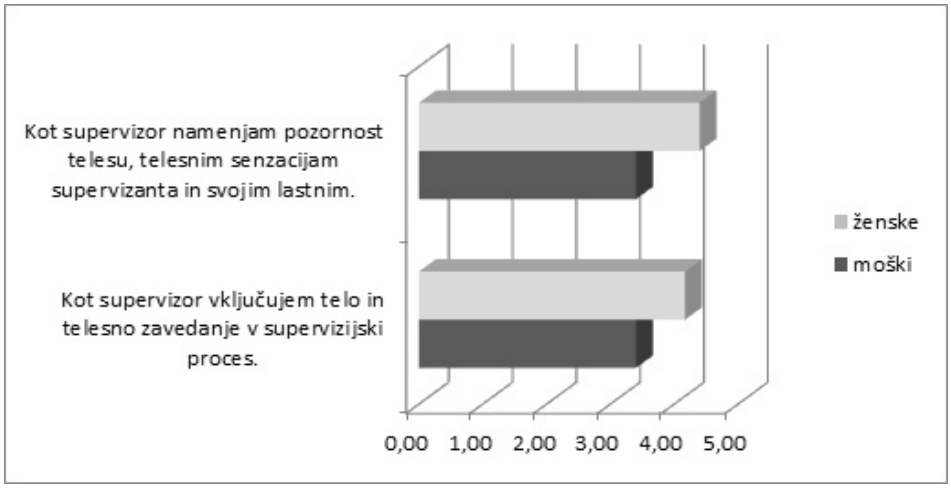
• Ja, ampak mislim, da bi lahko še več delal na tem. Več izobraževanja bi bilo zelo dobrodošlo, predvsem s poudarkom na spoznavanju, kdaj gre za transfer, kontratransfer, …

• Velikokrat o telesni dimenziji govorim na superviziji s svojo supervizorko, ki je zelo dojemljiva za telesno dimenzijo in nas tudi sama spodbuja, da govorim o telesni dimenziji. Večkrat me na primer vpraša, kako je telo klienta odreagiralo, kaj sem sama čutila v telesu …

2.4.3 Stališča supervizorjev do vključevanja telesne dimenzije v supervizijski proces

Zanimalo nas je, ali supervizorji vključujejo telo in telesno zavedanje v supervizijski proces.

Vsi supervizorji so odgovorili, da vključujejo telo in telesno zavedanje v supervizijski proces, vendar pa so njihovi odgovori precej razpršeni: 4 (36,4 %) supervizorji vedno vključujejo telesno dimenzijo, 3 (27,3 %) pogosto, 2 (18,2 %) včasih in 2 redko (18,2 %). Podobne rezultate smo dobili tudi pri trditvi, ki se nanaša na pozornost supervizorjev do lastnih in klientovih telesnih senzacij: 3 (27,3 %) supervizorji vedno namenjajo pozornost telesu, telesnim senzacijam supervizanta in svojim lastnim, 3 (27,3 %) pogosto, 3 (27,3 %) včasih in 2 (18,2 %) supervizorja redko. Odgovori supervizorjev o vključevanju telesa se razlikujejo glede na spol (slika 3), vendar zaradi premajhnega vzorca nismo ugotavljali, ali obstajajo statistično pomembne razlike med supervizorkami in supervizorji.




Slika 3: Stališča supervizorjev do vključevanja telesa v supervizijskem procesu.

Naši rezultati še kažejo, da tisti supervizorji, ki kot terapevti namenjajo več pozornosti telesni dimenziji v terapevtskem procesu, namenjajo tudi več pozornosti telesnim senzacijam v supervizijskem procesu.

Odgovori supervizorjev o vključevanju telesa in telesne dimenzije v supervizijski proces:

- Telesni procesi se mi zdijo zelo pomembni, a velikokrat zmanjka časa, da bi jim posvečali pozornost in jih globlje raziskovali: tako v terapevtskem kot v supervizijskem procesu.

- Vključujem jih, a se mi zdi, da bi lahko jih lahko več. Več pozornosti je namenjene zgodbi, čustvom (mentalnim in emocionalnim procesom), za telesne pa zmanjka časa. Včasih je težko naslavljati telo, ker je težko najti primerne besede za telesno doživlja-

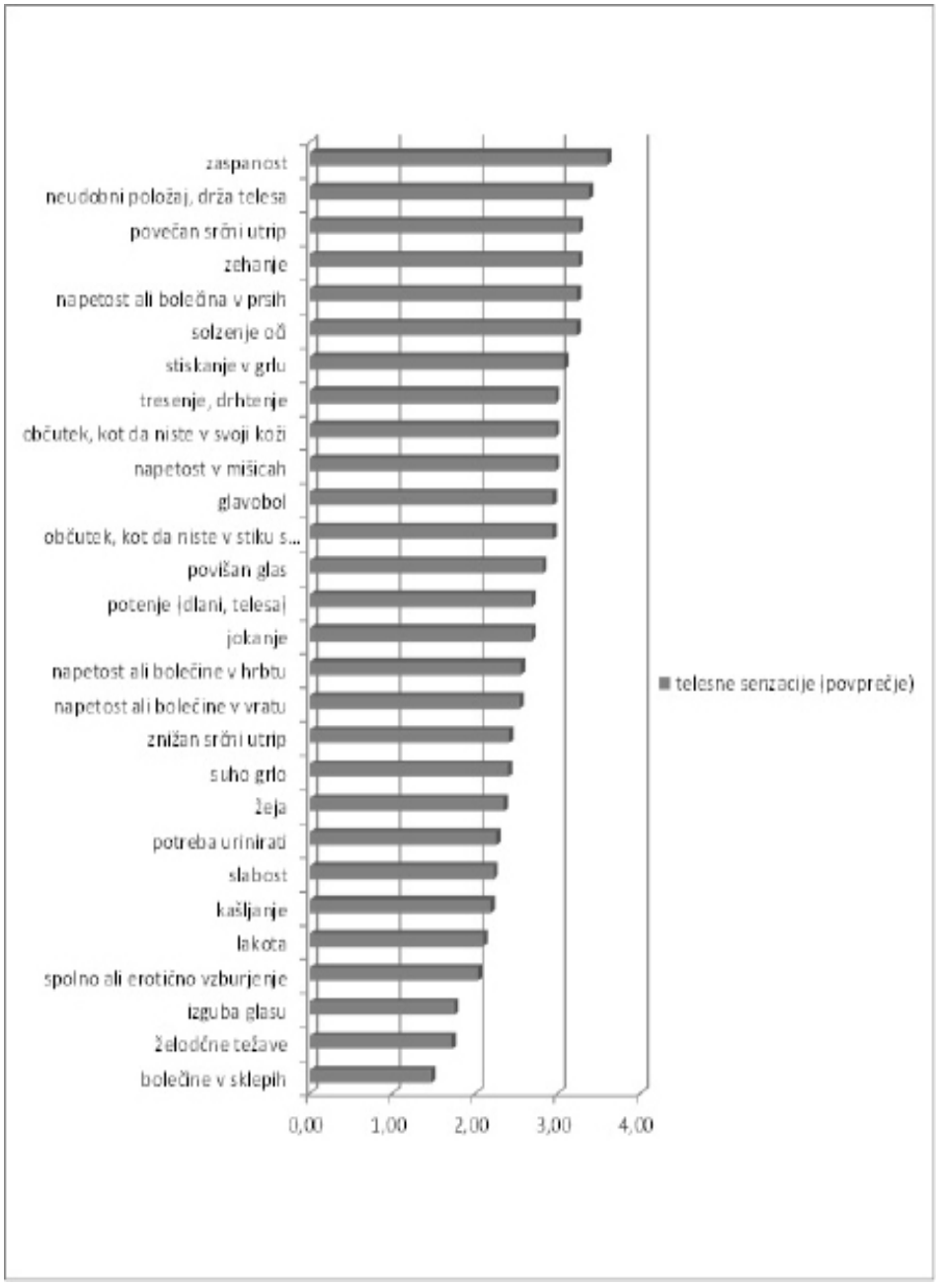
nje, poleg tega pa so tudi supervizanti različno dovzetni za učenje vključevanja telesne dimenzije.

• Telo se mi zdi dober vir informacij tako v terapevtskem kot tudi supervizijskem procesu. Če supervizant ne zna natančno opisati dinamike, ki se ustvarja v terapevtskem procesu, ga spodbujam k temu, da poskuša vključiti telo in telesne senzacije. Lahko pa tudi sama zaznam v svojem telesu nekaj in potem to naslovim. Velikokrat se je izkazalo za zelo učinkovito. Je pa res, da je potrebno kar nekaj znanja in izkušenj, in še vedno se učim, za razmejevanje tega, kar je supervizantovo oz. v terapiji klientovo, in kaj prinesem jaz.

• Čedalje bolj vključujem, ker se mi zdi pomembno in koristno. Se pa v to smer nenehno izobražujem, ker tudi kot terapevtka veliko vključujem telo. V svojih terapijah se veliko srečujem s problemi psihosomatske narave. Zato mi je samoumevno, da je telo prisotno in tako del terapevtskega in tudi supervizijskega procesa.

3.4.4 Zavedanje telesnih senzacij in telesni kontratransfer

Dalje nas je v raziskavi zanimalo, katere telesne senzacije relacijski družinski terapevti doživljajo v terapevtskem procesu. Terapevte smo spraševali, katere telesne senzacije so zaznavali v terapevtskem procesu v obdobju zadnjih šestih mesecev. Pri tem nas ni zanimalo, kakšna je bila terapevtska obravnava – individualna, partnerska ali družinska, niti diagnoza problema, ki so ga obravnavali in reševali, ampak samo terapevtova doživljanja. Svoja zaznavanja so udeleženci raziskave ocenili na štiristopenjski ocenjevalni lestvici (0 – nikoli, 3 – vedno).




Slika 4: Telesne senzacije glede na pogostost pojavljanja.

V terapevtskem procesu terapevti doživljajo različne telesne senzacije. Najpogostejše telesne senzacije so (slika 4): zaspanost, neudoben položaj, drža telesa, zehanje, napetost ali bolečina v prsih in solzenje oči. Najmanj je občutenja bolečin v sklepih, želodčnih težav, izgube glasu in kašljanja.

Če natančneje pogledamo, koliko terapevtov je doživljalo posamezne telesne senzacije v terapevtskih srečanjih, (tabela 3) vidimo, da o zaspanosti in neudobnem položaju ali drži telesa poroča vseh 32 (100 %) terapevtov. 31

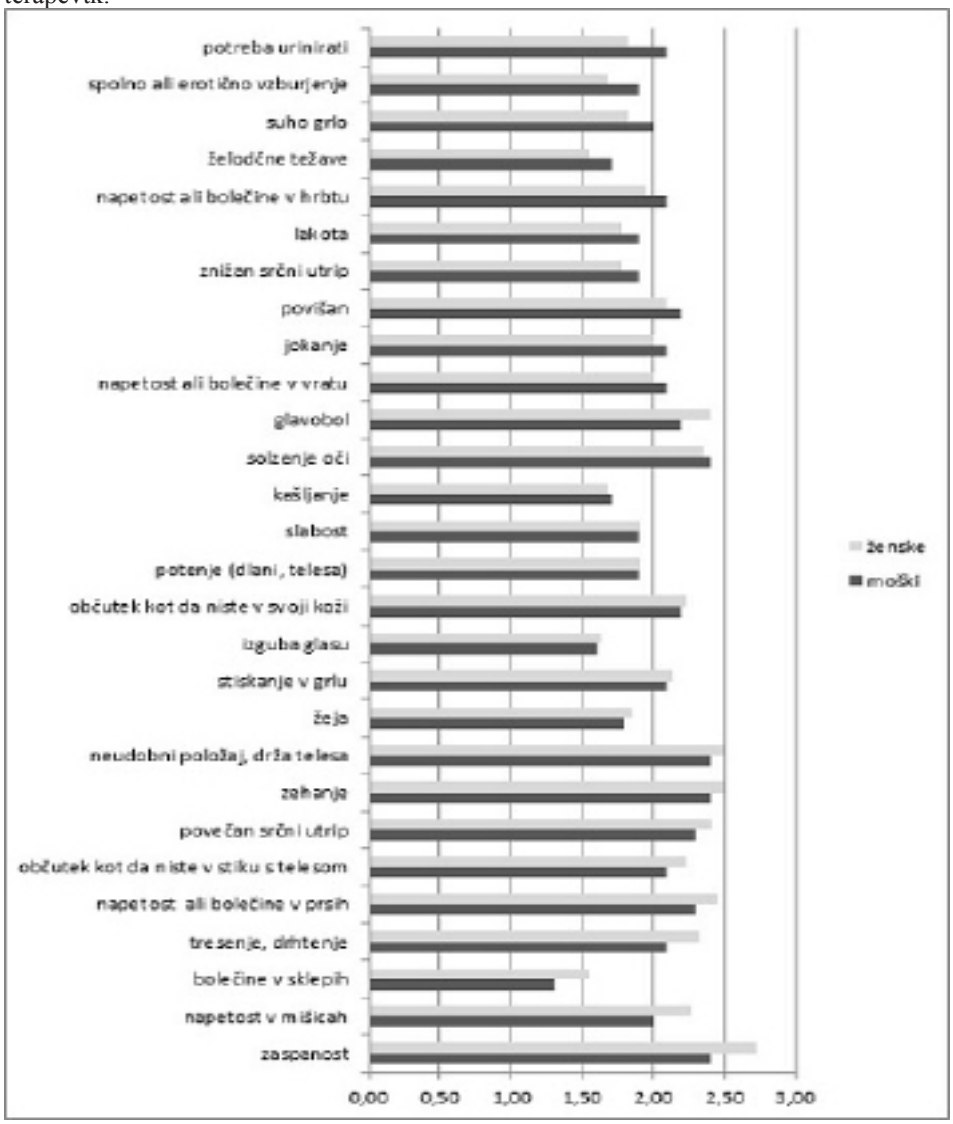
(96,9 %) jih je v zadnjih 6 mesecih zaznalo povečan srčni utrip in povišan glas, 30 (93,7 %) zehanje in napetost, bolečino v prsih. Večina terapevtov (90,6 %) je občutila tudi solzenje oči, napetost v mišicah, občutek, da niso v stiku s svojim telesom in slabost. Najmanj terapevtov je občutilo bolečine v sklepih (46,9 %), znižanje srčnega utripa (62,5 %) in izgubo glasu. Sorazmerno malo (65,7 %) jih je zaznalo tudi kašljanje in spolno, erotično vzburjenje.

Tabela 4: Pojavljanje senzacij pri terapevtih (%).

| **TELESNE SENZACIJE** | **Nikoli** | **Občasno, redko** | **Pogosto** | **Pojavljanje pri terapevtih** |
|---|---|---|---|---|
| Kašljanje | 34,4 | 62,5 | 3,1 | 65,6 |
| Stiskanje v grlu | 25,0 | 37,5 | 37,5 | 75,0 |
| Suho grlo | 25,0 | 37,5 | 37,5 | 75,0 |
| Povečan srčni utrip | 3,2 | 56,3 | 40,6 | 96,9 |
| Znižan srčni utrip | 37,5 | 43,8 | 18,7 | 62,5 |
| Tresenje, drhtenje | 12,5 | 50,0 | 37,5 | 87,5 |
| Potenje (dlani, telesa) | 28,1 | 53,1 | 18,8 | 71,9 |
| Jokanje | 31,3 | 34,4 | 34,4 | 68,8 |
| Solzenje oči | 9,4 | 43,8 | 46,9 | 90,6 |
| Zehanje | 6,3 | 40,6 | 53,1 | 93,7 |
| **TELESNI KONTRATRANSFER** | | | | |
| Zaspanost | / | 37,5 | 62,5 | 100 |
| Glavobol | 9,4 | 65,6 | 25,0 | 80,6 |
| Napetost ali bolečine v vratu | 15,6 | 65,6 | 18,8 | 84,4 |
| Napetost ali bolečine v hrbtu | 15,6 | 68,8 | 15,6 | 84,4 |
| Napetost, bolečina v prsih | 6,3 | 46,9 | 46,9 | 93,8 |
| Napetost v mišicah | 9,4 | 62,5 | 28,1 | 90,6 |
| Neudobni položaj, drža telesa | / | 53,1 | 46,9 | 100 |
| Spolno, erotično vzburjenje | 34,3 | 56,3 | 9,4 | 65,7 |
| Žeja | 25,0 | 65, 6 | 9,4 | 75,0 |
| Lakota | 28,1 | 62,5 | 9,4 | 71,9 |
| Potreba urinirati | 15,6 | 78,1 | 6,3 | 84,4 |
| Občutek, da niste v svoji koži | 15,6 | 46,9 | 37,5 | 84,4 |
| Občutek, da niste v stiku s svojim telesom | 9,4 | 62,5 | 28,1 | 90,6 |
| Bolečina v sklepih | 53,1 | 46,9 | / | 46,9 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Slabost | 9,4 | 90,6 | / | 90,6 |
| Povišan glas | 3,1 | 81,3 | 15,6 | 96,9 |
| Izguba glasu | 37,5 | 62,5 | / | 62,5 |
| Želodčne težave | 40,6 | / | / | / |

Slika 5 prikazuje razlike v pogostosti telesnih senzacij glede na spol. Spremenljivke so zložene po vrstnem redu glede na velikost razlik. Razlike med terapevti in terapevtkami so največje pri občutenju potrebe po uriniranju, spolnem ali erotičnem vzburjenju, občutenju suhega grla v korist terapevtov in zehanju, napetosti v mišicah, napetosti v sklepih v korist terapevtk.




Slika 5: Primerjava zaznavanja telesnih senzacij glede na spol.

Primerjava pogostosti doživljanja telesnih senzacij glede na spol je pokazala, da terapevtke in terapevti nekatere telesne senzacije doživljajo različno pogosto, vendar ta razlika ni statistično pomembna. Pri analizi podatkov smo preverili, ali obstajajo statistično pomembne razlike pri odgovorih glede na spol in število opravljenih terapevtskih ur na teden. Zaradi neizpolnjevanja potrebnih predpostavk za rabo parametričnih testov (homogenosti varianc in normalnosti porazdelitve) smo uporabili ustrezna neparametrična testa: Mann-Whitnejev test za ugotavljanje razlik med spoloma in Kruskal-Wallisov test za ugotavljanje razlik med terapevti z različnim številom ur terapevtske prakse. Analiza ni pokazala statistično pomembnih razlik pri pogostosti doživljanja telesnih senzacij terapevtov glede na njihovo tedensko število ur terapevtskega dela, rezultati pa nakazujejo, da terapevti, ki imajo več ur terapij na teden, pogosteje zaznavajo telesne senzacije kot terapevti, ki imajo malo (do pet) ur terapij na teden.

V raziskavi nas je tudi zanimalo, katere telesne senzacije relacijski družinski terapevti doživljajo v terapevtskem procesu kot obliko kontratransferja. Terapevti so odgovarjali, katere telesne senzacije so zaznali v terapevtskem procesu kot odgovor na klienta v obdobju zadnjih šestih mesecev.

Tabela 4 prikazuje najpogostejše telesne senzacije, ki so jih terapevti navedli kot doživljanje telesnega kontratransferja v obdobju zadnjih šestih mesecev pred izpolnjevanjem vprašalnika. Kot rezultat kontrantransferja terapevti najpogosteje doživljajo zaspanost (81 %), zehanje (78 %), napetost v mišicah (74 %), solzenje (67 % ), povečan srčni utrip (65 %), stiskanje v prsih (59 %).

Tabela 5: Doživljanje telesnega kontratransferja

| **TELESNI KONTRATRANSFER** | |
|---|---|
| Zaspanost | 81 % |
| Zehanje | 78 % |
| Napetost v mišicah | 74 % |
| Solzenje | 67 % |
| Povečan srčni utrip | 65 % |
| Stiskanje v prsih | 59 % |
| Glavobol | 47 % |
| Občutek, kot da niste v svojem telesu | 42 % |
| Želodčne težave | 34 % |
| Stiskanje v grlu | 29 % |

Odgovori terapevtov glede pojavljanja različnih telesnih senzacij:

• Zaznavam različne telesne senzacije; odvisno tudi od vrste terapije in problema, s katerim pridejo klienti na srečanje. Tako npr. pri individualnih terapijah z depresivnim klientom velikokrat močno zeham, pri anksioznih, prestrašenih zaznavam večkrat povečanje hitrosti srčnega utripa, stiskanje v prsih …

• Telesne senzacije doživljam. Včasih nisem najbolj sigurna, ali govorijo o klientu ali o

meni. Pri obravnavi spolnih zlorab jih doživljam največ, pri pasivnih pa manj, ampak nič manj intenzivno.

• Doživljam velikokrat in različne: včasih so mi zelo v pomoč, včasih pa čisto nič. Ko so mi v pomoč, se jih zavedam in tudi prinesem v terapevtski proces kot vprašanje, ponazoritev, da okrepim naslavljanje (npr. kako je zadušljivo tukaj, stiska me v prsih …). Malo manj so mi v pomoč, ko imam zaporedoma terapije, pa mi kaj ostaja še od predhodne terapije, sem utrujena ali je dinamika v terapevtskem procesu zelo intenzivna. Opažam, da z izkušnjami nabiram tudi telesno dimenzijo doživljanja v terapevtskem procesu in vse bolj zaznavam telesne senzacije.

• Več kot imam terapevtske prakse, bolj jih zaznavam, prepoznavam in več različnih prepoznavam. Na začetku terapevtske poti je bila velika zmeda; kaj čutim, kaj doživljam, ali v telesu čutim svoja čutenja ali nosim čutenja drugih … Več prakse, izobraževanja imam za sabo, lažje je, večja gotovost je, kdaj doživljam nekaj »mojega«, nekaj, kar jaz prinesem v terapevtski prostor iz svojega življenja, svoje osebne zgodovine, in kdaj so telesne senzacije del terapevtskega procesa, terapevtske dinamike in klientovega telesa.

• Telesne senzacije, svoje telo zaznavam. Včasih se tega ne zavedam na srečanju, ampak »pride za mano« in se tega zavem po srečanju, doma ali na superviziji. Ko to ozavestim, sem na naslednjem srečanju bolj pozoren. Nekajkrat se je že zgodilo, da sem začutil telesne senzacije (npr. močne glavobole), ki jih družinski sistem klientov nosi cele generacije.

• Telo se mi odziva: včasih bolj, včasih manj. Bolj, ko je terapija dinamična in ob prisotnosti klientovega vznemirjenja, izrazitih telesnih reakcij. Takrat lažje zaznavam spremembe in jih tudi čutim na svojem telesu, prav tako pa tudi utrujenost, ki ji sledi. Opažam, da po srečanju ne znam vedno najbolje poskrbeti zase v takšnih primerih.

## 3 Razprava

Namen raziskovanja je bil raziskati, kakšna so stališča terapevtov in supervizorjev relacijske družinske terapije do vključevanja telesa in telesnih procesov v terapevtski oz. supervizijski proces, kakšne telesne senzacije doživljajo v terapevtskem procesu in kako se to odraža pri njihovem terapevtskem delu.

Rezultati raziskave so pokazali, da so telo in telesni procesi za večino (96,9 %) terapevtov pomembni tako kot emocionalni in kognitivni procesi. Za več kot 90,7 % terapevtov so lastne telesne senzacije pomemben vir informacij, prav tako pa so jim pomemben vir informacij telesne senzacije klientov. Čeprav je večina anketiranih terapevtov mnenja, da je telo pomembno v terapevtskem procesu, jih v praksi nekoliko manj (81,3 %) pogosto vključuje telo in telesno zavedanje v terapevtski proces, še manj (65,6 %) pa jih pogosto ali vedno spremlja in naslavlja telesna stanja v terapevtskem procesu. Glede na opažanja nekaterih strokovnjakov (Aron, 1998 v Nancarrow Clarke, 2007; Grand, 1998 v Nancarrow Clarke, 2007), da sta v terapiji telo in telesno zavedanje odmaknjena od središča diskusij, podcenjena in premalo raziskana, so rezultati presenetljivi in spodbudni. Verjetno je k temu prispevalo dejstvo, da relacijska družinska terapija vključuje najnovejša spoznanja nevrobiologije tako v teoriji kot tudi pri praktičnem usposabljanju študentov.

Stališča terapevtov do telesa in vključevanja telesnih senzacij v supervizijski proces so podobna kot pri terapevtskem procesu. Terapevti, ki vključujejo telo in telesne senzacije v terapevtski proces, jih vključujejo tudi v supervizijski proces, le da je odstotek nekoliko nižji. Kot razlog terapevti navajajo pomanjkanje časa. Tudi supervizorji vključujejo telo in telesne senzacije v supervizijski proces: 36,4 % jih je odgovorilo vedno in 27,3 % pogosto.

Telesne intervencije, vključevanje telesa v terapevtski proces, ne obstajajo samo v določeni terapevtski usmeritvi. Pregled literature kaže, da številne terapevtske smeri integrirajo teorijo in različne tehnike, ki dajejo prostor telesu in se usmerjajo na telo v terapiji (Leijssen, 2006), na podlagi česar lahko sklepamo, da terapevti različnih usmeritev vidijo telo kot pomemben vir informacij v terapiji. Kurtz in Prestera (1976) sta že pred dobrimi 40 leti ugotavljala, da se terapevti kljub razlikam v terapevtskih pristopih in intervencijah strinjajo, da telo drži implicitni kognitivni, emocionalni in percepcialni material, ki oblikuje naše delovanje. Dostop in transformacija tega materiala pa omogočata fleksibilnost in spremembe v življenju posameznika (Wylie, 2004).

Tudi belgijska raziskava o uporabi terapevtskih intervencij in strokovnosti je pokazala, da terapevti različnih terapevtskih usmeritev pri svojem delu vključujejo telo in telesne odzive. V raziskavi so terapevte prosili, da izberejo, ali so navedeni terapevtski postopki (npr. eksplicitne intervencije naslavljanja neverbalne komunikacije, kot so telesna drža, obrazna mimika, gibi, ton glasu ...) zadovoljujoči ali ne, nato pa od 1 do 5 ocenijo, v kolikšni meri te intervencije uporabljajo pri svojem terapevtskem delu. Malo manj kot polovica (48 %) anketiranih terapevtov je izbrala oceno 4 ali 5, da torej uporabljajo omenjeno intervencijo (Lietaer idr., 2003 v Dekeyser, Leijssen in Elliott, 2006). Vključevanje telesa in telesnih senzacij je odvisno od več dejavnikov: teoretičnega ozadja terapevtske smeri, terapevtovih stališč do vloge telesa v terapevtskem procesu, terapevtovega zaznavanja in zavedanja telesnih senzacij ter njegove ocene terapevtskega položaja.

Primerjava stališč do vključevanja telesa in telesnih senzacij v terapevtski proces glede na spol je pokazala, da terapevtke nekoliko pogosteje vključujejo telo in telesno zavedanje v terapevtski proces ter pogosteje spremljajo in naslavljajo telesno stanje pri klientu, vendar ta razlika ni statistično pomembna. Prav tako nismo ugotovili statistično pomembnih razlik med terapevti, ki imajo več ur terapevtske prakse, in terapevti z manj urami terapij.

Zanimive ugotovitve podajajo Machado, Beutler in Greenberg (1999), in sicer so ugotovili, da terapevti z več terapevtskimi izkušnjami bolj izpopolnjeno poročajo o svojih emocionalnih izkušnjah in natančneje prepoznavajo osnovna čustva klientov. Prav tako natančneje prepoznavajo neverbalne in paralingvistične podatke. Raziskava je pokazala, da so izkušenejši terapevti boljši v raziskovanju svojih izkušenj in prepoznavanju, interpretiranju neverbalnega vedenja ter telesnega odzivanja klientov. Shaw (2003, 2004) v svoji raziskavi ugotavlja, da se terapevti z več terapevtskimi izkušnjami bolj osredotočajo na svoje telo in telesne senzacije ter da je več njihove pozornosti usmerjene na lastno telesno zavedanje kot na klientove telesne odzive.

V terapevtskem odnosu se terapevt lahko nasloni na svoje telesne senzacije, ki so odziv na klienta (telesni kontratransfer). V naši raziskavi so relacijski družinski terapevti, ki veliko upoštevajo telesno dimenzijo, poročali, da jim telo in telesno zavedanje pomagata razumeti telo klienta in dogajanje v terapevtskem procesu, pomagata pri odločanju glede uporabe terapevtskih intervencij in omogočata, da v terapevtskem procesu gredo »v globino«. Greenberg in Rushanski-Rosenberg (2002), ki sta raziskovala notranje procese terapevtov pri empatiji v terapevtskem procesu, navajata, da terapevti pogosto uporabljajo telesne odzive kot orodje, da najdejo pravi

stik s klientovimi izkušnjami, ugotovijo, kaj se dogaja pri klientu, in kot povratno informacijo o medosebni interakciji s klientom. Terapevti, ki manj vključujejo telo v svoje terapevtske procese, pa se sprašujejo, ali znajo prepoznati telesne procese in kako jih ubesediti.

Relacijski družinski terapevti so v zadnjih šestih mesecih zaznavali vse telesne senzacije, ki so bile navedene v vprašalniku. Obstajajo pa razlike v zaznavanju različnih telesnih senzacij, saj terapevti nekatere zaznavajo pogosteje. Vsi terapevti (100 %) so občasno ali pogosto zaznali zaspanost in neudoben položaj telesa. Veliko jih je zaznalo povečan srčni utrip (96,9 %), povišan glas (96,9 %), napetost, bolečino v prsih (93,8 %), zehanje (93,7 %) in solzenje oči (90,7 %). Najmanj so terapevti zaznavali bolečino v sklepih (46,9 %), izgubo glasu (62,5 %), znižan srčni utrip (62,9 %). Nekateri dobljeni rezultati se skladajo z raziskavo Nancarrow Clarkove (2007), ki je ugotavljala telesno zavedanje pri socialnih delavcih, ki opravljajo svetovalno in terapevtsko delo. Od 310 udeležencev jih je 212 imelo psihodinamično smer. Najpogostejše zaznane telesne senzacije so bile: zaspanost (94,1 %), žeja (90 %), zehanje (88,7 %), lakota (87,3 %), solzenje oči (85,8 %) in neudoben položaj telesa (85,2 %). Najmanj so udeleženci raziskave zaznavali bolečino v rokah (12,4 %) in znižan srčni utrip (16,1 %).

Kot pojav kontratransferja so v naši raziskavi terapevti najpogosteje navajali zaspanost (81 %), zehanje (78 %), napetost v mišicah (74 %), solzenje (67 %), povečan srčni utrip (65 %), stiskanje v prsih (59 %). Navedeni podatki potrjujejo nekatera tudi druga predhodna strokovna spoznanja, da sta zaspanost in zehanje dve najpogostejši obliki kontratransferja (McLaughlin, 1972). V raziskavi o občutenju kontratrasferja, ki jo je izvedla Boothova (2009) na vzorcu kliničnih psihologov na Irskem, so udeleženci najpogosteje poročali o napetosti v mišicah (79 %), zaspanosti (76 %), zehanju (65 %) in solzenju oči (61 %) kot obliki telesnega kontratransferja. Nancarrow Clarke (2007) navaja, da so rezultat kontratransferja v terapevtskem procesu najpogosteje naslednje telesne senzacije: solzenje oči, neudobni položaj telesa in zvišan srčni utrip.

Ob naštevanju najpogostejših telesnih senzacij ne moremo preprosto posploševati, da so vse telesne senzacije klientov prenos na terapevta oz. so neposredno povezane samo s klientom. Nekatere telesne senzacije so lahko posledica osebnih dejavnikov terapevta. Terapevt lahko čuti zaspanost kot kontratransferni odgovor na dogajanje v terapevtskem procesu, lahko pa doživlja zaspanost zaradi lastne utrujenosti, pomanjkanja spanja. Podobno se lahko dogaja pri žeji ali lakoti.

Zahavi (2001 v Shaw, 2004) meni, da obstaja nevarnost, da bi terapevt telesne senzacije, ki jih začuti pri sebi, prevedel zgolj kot prenesene klientove vsebine ali kot obstoj direktnega vzroka in učinka med somatsko senzacijo in klientom. Opozarja, da je potrebna previdnost, kajti to, da ima terapevt dejansko izkustvo klienta, ne pomeni, da klienta lahko vedno doživlja enako, kot on doživlja sebe, niti, da je zavest klienta zanj dovzetna enako, kot je dostopna klientu. Ob tem pa Shaw (2003, 2004) večkrat poudarja, da je telesna dimenzija naravni in sestavni del terapevtskega procesa. Telesna občutja so lahko pomemben prispevek v terapevtskem srečanju in lahko predstavljajo ključni vidik soustvarjanja terapevtske »zgodbe«, ostaja pa nenehni in včasih zelo težek izziv, kako s telesnimi odzivi delati, jih osmisliti in čim bolje izkoristiti. Izziv za terapevta predstavlja predvsem prepoznavanje telesnih odzivov kot dela dinamike terapevtskega procesa in kako telesne senzacije vključiti v sam terapevtski proces na učinkovit način. To so izpostavili tudi terapevti relacijske družinske terapije pri zaznavanju in prepoznavanju telesnih senzacij ter vodenju terapevtskega procesa.

Stone (2006) piše, da na telesno zavedanje lahko vplivajo tudi demografski podatki, terapev-

tove izkušnje, klinična slika klientov, s katerimi delajo (klienti s tesnobo, depresijo, travmatičnimi izkušnjami). Jacobs (1973) izpostavlja še naravo terapevtovih telesnih izkušenj iz otroštva, Nancarrow Clarke (2007) pa kot pomemben dejavnik prepozna tudi usposabljanje terapevtov za prepoznavanje telesnih senzacij: ali imajo bodoči in že usposobljeni terapevti določena spoznanja o vlogi telesa v terapevtskem procesu, kako prepoznavati in naslavljati telesne senzacije, ter dodaja, da brez novih spoznanj in spretnosti telesno zaznavanje terapevta ostaja na isti ravni.

V okviru študija relacijske družinske terapije ni posebnega predmeta, kjer bi bodoči zakonski in družinski terapevti bolj strukturirano spoznavali vlogo telesa, telesnega zaznavanja in neverbalne komunikacije, se pa nekateri vidiki telesne dimenzije čedalje bolj vključujejo v splošne predmete in usposabljanje relacijske družinske terapije.

3.1 Omejitve prvega dela raziskave in smernice

Pomanjkljivost raziskave je lahko majhen vzorec udeležencev, ki so sodelovali v raziskavi. Zaradi pogojev, ki smo jih postavili glede udeležencev za raziskovanje (npr. terapevti relacijske družinske terapije, ki redno izvajajo terapije), je bilo težje pridobiti večji vzorec udeležencev. Usposobljenih relacijskih družinskih terapevtov je v Sloveniji številčno več, ne izvajajo pa vsi redno psihoterapevtske dejavnosti.

Zanimivo bi bilo narediti poglobljene intervjuje in dobiti več podatkov o doživljanju in prepoznavanju telesnih senzacij. Nekateri terapevti so namreč navajali, da imajo pri prepoznavanju kontratransferja težave, zato bi bilo dobro preveriti, kako terapevti interpretirajo telesne senzacije, ki jih doživljajo med terapevtskim srečanjem: kot telesne senzacije in s tem povezano telesno zavedanje ali te kot odgovor na klienta – telesni kontratransfer. Bolj poglobljena analiza bi bila potrebna za ugotavljanje, kako terapevti kontratransferne telesne senzacije »vračajo« v terapevtski proces.

Raziskovanje bi se dalo razširiti tudi na druge udeležence in v raziskavo vključiti študente, ki se usposabljajo za terapevte relacijske družinske terapije, ter primerjati njihove odgovore o doživljanju telesnih senzacij na tedenskih urah usposabljanja. Zanimive rezultate bi lahko prinesla tudi raziskava, v kateri bi sodelovali psihoterapevti različnih psihoterapevtskih smeri, ki so prisotne v Sloveniji, nato pa primerjati podatke z odgovori terapevtov relacijske družinske terapije.

**Literatura**:

Badenoch, B. (2008). *Being a brain-wise therapist*. New York, London: W. W. Norton & Company.

Badenoch, B. (2011). *The brain-savvy therapist's workbook. A companion to being a brain-weise therapist*. New York, London: W. W. Norton & Company.

Booth, A. (2009). Body-Centred CounterTransference. *The Irish Psychologists* 36, (12), 284–289. Pridobljeno 10. 4. 2012, s http://lenus.ie/hse/bitstream/10147/121271/1/Bodycentred-Counter.pdf

Caldwell, C. (1997). Getting in touch. *The guide to new body-centered psychotherapies. Wheaton,* IL; Quest Books.

Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain*. New York: W. W. Norton & Company.

Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the develo-*

*ping social brain (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. New York: W. W. Norton & Company.

Cozolino, L. (2010). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain*. New York: W. W. Norton & Company.

Dekeyser, M., Leijssen, M. in Elliott, R. (2006). *A Body-oriented perspective on psychotherapy.* Pridobljeno 6. 2. 2011, s https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/150835/1/Dekeyser+M+ea+2005+Montreal.pdf

Greenberg, L. S. in Rushanski-Rosenberg R. (2002). Therapist's experience of empathy. V J. C. Watson, Goldman, R. N. in Warner, M. S. (ur.) Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: *Advances in theory, research and practice* (str. 168–181). Ross-on Wye: PCCS Books.

Gostečnik, Christian. 2004. *Relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Gostečnik, C. (2011). *Inovativna relacijska družinska terapija: Inovativni psiho-biološki model*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Gostečnik, C. (2012). *Govorica telesa v psihoanalizi*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Jacobs, T. J. (1973). Posture, gesture and movement in the analysis. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 21, 77–92.

Kompan Erzar K. (1999). *Odkritje odnosa*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Kurtz, R. in Prestera, H. (1976). *The body reveals: An illustrated guide to the psychology of the body*. New York: Harper in Row/Quicksilver Books, Publishers.

Leijssen, M.(2006). Validating the body in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology* 46, (2), 126–146.

Machado, P. P., Beutler L. E. in Greenberg, L. S. (1999). Emotion recognition in psychotherapy: Impact of therapist level of experience and emotional awareness. *Journal of Clinical Psychology* 55, 39–57.

McLaughlin, J. T. (1972). The sleepy analyst: some observations on states of consciousness in the analyst at work. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 23, 363–382.

McRae, A. D. (2008). A survey of clinicians' use of touch and body awareness in psychotherapy. *USABP Journal* 7, (1–2), 43–64.

Nancarrow Clarke, L. (2007). Putting the Body Back in Social Work: How Social Workers Experience and Differ in Levels of Personal Body Awareness. A project based upon an independent investigation, submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Social Work. Smith College School for Social Work. Pridobljeno 4. 10. 2011, s *https://dspace.smith.edu/bitstream/handle/11020/978/ClarkeLFinal.pdf?sequence=1*

Ogden, P., Kekuni M. in Pain C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York, London: W. W. Norton & Company.

Porges, S. W. (1993). *Body perception questionnaire: Laboratory of Developmental Assessment University of Maryland.* Pridobljeno 15. 12. 2009, s http://www.stephenporges.com/images/bpq.pdf

Shaw, R. (2003). The embodied psychotherapist. *The therapist's body story.* London, New York: Routledge.

Shaw, R. (2004). The embodied psychotherapist: an exploration of the therapist's somatic phenomena within the therapeutic encounter. *Psychotherapy Research* 14, 271–288.

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self*. New Yersey: Lawrence Erlbaum.

Schore, A. N. 2003a. *Affect dysregulation and disorders of the self. New York*: W. W. Norton

& Company.

Schore, A. N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: W. W. Norton & Company.

Schore, A. N. (2009). Right-brain affect regulation. An essential mechanism of development, trauma, dissociation, and psychotherapy. V D. Fosha, Siegel, D. J. in Solomon, M. (ur.) The healing power of emotion. *Affective neuroscience, development in clinical practice* (str. 112–144). New York: W. W. Norton and Company.

Schore, A. N. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 75–100.

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: how relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford Press.

Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain: reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: W. W. Norton & Company.

Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration*. New York: W. W. Norton & Company.

Siegel, D. J. (2011). Mindsight: *The new science of personal transformation*. New York: Bantam.

Staunton, T. (2002). *Body psychotherapy. Advancing theory in therapy*. New York: Brunner-Routledge.

Stone, M. (2006). The analyst's body as tuning fork: embodied resonance in countertransference. *Journal of Analytical Psychology*, 51, 109–124.

Totton, N. (2003). *Body psychotherapy: an intruduction*. Maidenheas: Open University Press.

Wylie, M. S. (2004). Beyond talk: Using our bodies to get to the heart of the matter. *Psychotherapy Networker*, 28 (4), 24–28 in 31–33.